

# Die operative Behandlung der Analfissur

von

Klaus Jochen Böttcher

aus

Eckernförde

1977

1978 № 29



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41546228\\_0106](https://archive.org/details/IA41546228_0106)

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik  
der Universität Erlangen-Nürnberg  
(Direktor: Prof. Dr. med. G. Hegemann)

---

# Die operative Behandlung der Analfissur

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde  
dem Fachbereich Medizin  
der Friedrich-Alexander-Universität  
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt  
von  
**Klaus Jochen Böttcher**  
aus  
Eckernförde

Gedruckt mit Erlaubnis des Fachbereichs Medizin  
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. E. Rügheimer

Referent: Prof. Dr. R. Flesch

Korreferent: Prof. Dr. G. Hegemann

Tag der mündlichen Prüfung: 01.12.1977

## Die operative Behandlung der Analfissur

Eine Übersicht der operativen Therapie der

analen Fissur anhand von 508 Patienten der

chirurgischen Universitätsklinik

Erlangen - Nürnberg zwischen 1970 und 1975

Herrn Prof. Dr. G. Hegemann danke ich hiermit  
herzlich für die Überlassung des Themas.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Th. Hager,  
der mich bei der Durchführung der Arbeit stets  
mit wertvollem Rat und freundlicher Hilfe  
unterstützt hat.

## Gliederung

### I Definition der Analfissur

1. akute Fissur
2. chronische Fissur

### II Genese der Fissur

### III Therapie der Fissur

1. konservativ
2. operativ
  - a) Posterioere Spincterotomie
  - b) Laterale Spincterotomie

### IV Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit soll die operative Behandlung der analen Fissur auf ihre Wirksamkeit untersucht werden, und zwar hinsichtlich des Alters und der Beschwerden der Patienten, sowie der Lage, Vergesellschaftung mit anderen analen Leiden, postoperativer Heildauer und etwaiger Rezidive der Fissur.

Die Analfissur, eine besonders schmerzhaftes Erkrankung, ist zunächst ein Einriß in der derben analen Wand, gewöhnlich im Bereich der hinteren oder vorderen Kommissur, der sich später zu einem Ulcus entwickelt.

Differentialdiagnostisch ist die Fissur von gewöhnlich schnell heilenden, oberflächlichen Epitheldefekten des analen Kanales und kleinen, traumatisch bedingten Fissuren zu unterscheiden. Weiterhin ist bei der Diagnose "Analfissur" stets an eine Lues, einen gonorrhischen Affekt oder, besonders bedeutsam, an einen M. Crohn zu denken.

Bei der akuten Fissur sind die Ränder glatt, sauber und weich. Der Grund ist elastisch und von rötlich-weißer Farbe.

Die chronische Form, die sich aus der akuten entwickelt, hat eine unregelmäßige Begrenzung und eine eher weißliche Farbe, was sie wie ausgestanzt erscheinen läßt. Im freiliegenden Ulcusgrund sieht man die querverlaufenden, weißlichen Fasern des m.sphincter ani internus.

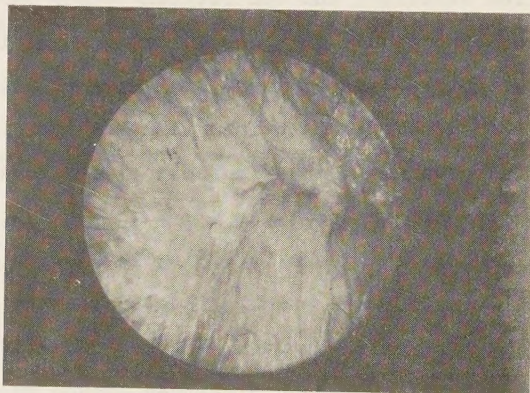
Die Genese der analen Fissur ist weitgehend ungeklärt. Doch spricht vieles dafür, daß sowohl Fisteln als auch Fissuren ihren Ausgang von analen Krypten, den Proktodealdrüsen, haben. Sowohl harter Stuhl, als auch Diarrhoen können zu Einrissen führen. Durch den erhöhten Tonus des m.internus kommt es zu einer Verengung des analen Kanales, was zu einer Vergrößerung der Fissur führt. Ferner sind die Anititis bei Haemorrhoidal-leiden als Ursache anzusehen.

Die charakteristischen Schmerzen, die während und oft noch stundenlang nach der Defäkation auftreten, entstehen durch im Ulcusgrund freiliegende Endigungen sensibler Nerven des plexus rectalis, die reflektorisch den o.a. Spasmus der Sphinctermuskulatur bedingen.

Diese Schmerzen können so stark sein, daß eine digital Untersuchung erst nach Unterspritzung mit einem Lokalanästhetikum möglich ist.

Zum Vollbild der Fissur gehört die Vorpostenfalte, eine entzündlich veränderte Mariske, und die Hypertrophe Papille, die auf Grund einer Ödematösen Anschwellung entsteht. Diese Papille kann so groß werden, daß sie bisweilen als " Polyp " imponiert, der aus dem Anus prolabierte.

Beide Erscheinungen fehlen bei der akuten Fissur in der Regel.



Zur Therapie der Fissuren stehen uns zwei Möglichkeiten zur Verfügung, die beide das Ziel haben, den Tonus des m. sphincter internus herabzusetzen.

Konservativ kommt die Dilatation des analen Kanales zu Anwendung, die der Patient mit Hilfe von drei Glasstöpseln aufsteigender Größe selbst durchführen kann. Diese Bougierung geschieht, indem er den Glasstöpsel mit einer Xylocain-haltigen Salbe betupft und ihn dann für etwa 10-15 Minuten in den analen Kanal einführt. Bei blanden Fissuren und nicht allzu hohem Sphinctertonus kann hiemit innerhalb von 14 Tagen eine völlige Beschwerdefreiheit erzielt werden. Eine Dehnung des Sphincters in Narkose sollte nicht durchgeführt werden, da es zu einer Inkontinenz führen kann, bzw. häufige Rezidive auftreten.

Beim Ausbleiben des gewünschten Erfolges oder bei einem Rezidiv stehen zwei Operationsmethoden zur Wahl.

Bei Fissuren mit Hypertropher Papille oder mit Vorpostenfalte kommt die Posteriore Sphincteromyotomie zur Anwendung, die erstmalig 1951 von Godsall und Eisenhammer beschrieben wurde.

In allgemeiner Anästhesie und Steinschittlage wird ein Analsperrer eingesetzt, die Fissur eingestellt und anschließend umschnitten. Die Fissur wird in toto excidiert und eine, etwa 2cm lange und 2cm breite Hautdrainage nach außen angelegt.

Anschließend wird nach sorgfältiger Blutstillung der m. sphincter internus, der sich jetzt sehr gut darstellen läßt, mit einem Scherenschlag bis zur linea dentata durchgetrennt.

Gleichzeitig vorhandene Vorpostenfalten oder hypertrophe Papillen werden mit entfernt. Die Wunde bleibt offen, sie wird nicht vernäht. Danach Einlegen eines Salbenlappenverbandes.

Bei "einfachen" Fissuren wendet man die Laterale Sphincterotomie an, die Parks erstmals 1967 beschrieb.

Der Patient liegt in Steinschnittlage oder links seitlich nach Sims. Nach Injektion eines Lokalanästhetikums wird bei 3 Uhr an der Haut-Anal-Grenze ein etwa 2cm langer Schnitt angelegt. Vom Hautschnitt aus wird mit einer Schere bei gleichzeitig im Anus liegendem Finger der m. sphincter internus vom m. sphincter externus und anschließend vom analen Kanal abpräpariert. Die gestaltet sich sehr einfach, da der m. sphincter internus durch den im Anus liegenden Finger sehr gut getastet werden kann.

Ist die Präparation sicher geschehen, wird mit einem Scherenschlag der m. sphincter internus auf einer Länge von etwa 3 cm bis zur linea dentata durchtrennt.

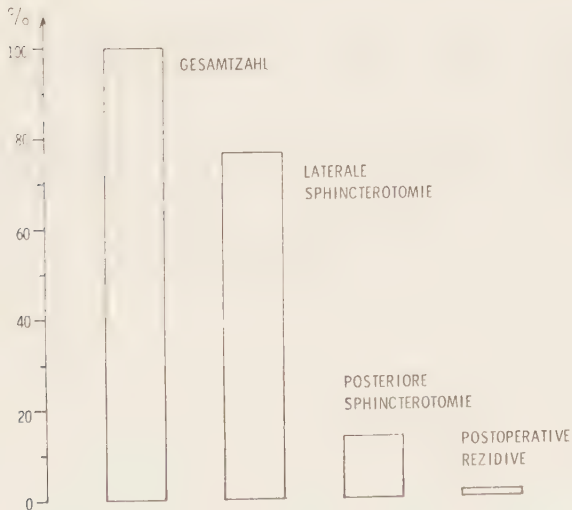
Dabei wird der anale Kanal nicht eröffnet, die Operation erfolgt ausschließlich von dem Hautschnitt aus. Es muß darauf geachtet werden, daß die sog. Pectenfasern, die vom m. internus zum analen Kanal ziehen, mit durchtrennt werden. Diese kann man mit der Schere sehr gut aufspüren, da sie sich als harte Fasern tasten lassen. Anschließend wird die Incisionswunde mit Chromcat verschlossen.

Die operative Therapie wurde in unserer Proktologischen Ambulanz in der Zeit vom 1.1.1970 bis 31.12.1975 an insgesamt 508 Patienten durchgeführt. Davon in allgemeiner Anästhesie 465 = 91.5% ,in lokaler 43 = 8.5% .

( Lokalanästhesie erst seit 1975 )

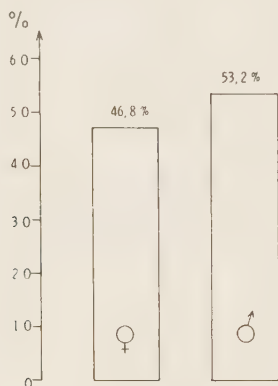
Die laterale Sphincterotomie kam in 388 = 76,4% der Fälle, die posteriore in 120 = 13.6% der Fälle zur Anwendung.

Postoperative Rezidive ergaben sich in nur 8 Fällen = 1.5%, von denen sich vier als Manifestation eines M.Crohn herausstellten.



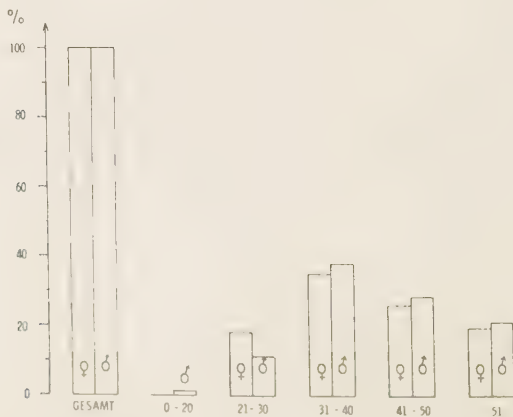
Betrachtet man die Patienten hinsichtlich ihres Geschlechtes, so kann man keine besondere Disposition feststellen, denn das Verhältnis weiblich : männlich beträgt

238 = 46.8 % : 270 = 53.2 %



Ihre Verteilung hinsichtlich ihres Alters sieht folgendermaßen aus:

| 0 - 20   | 21 - 30   | 31 - 40   | 41 - 50   | gr. = 51         |
|----------|-----------|-----------|-----------|------------------|
| 0        | 44=18.3 % | 85=35.7 % | 62=26.2 % | 47=19.8 % weibl. |
| 4 =1.5 % | 30=11.2 % | 103=38 %  | 77=28.4 % | 56=20.9 % männl. |



Man sieht also bei beiden Geschlechtern eine annähernd gleiche Spitze im IV Decenium. In diesem Zusammenhang ist eine berufsbedingte Disposition nicht festzustellen, da sich stehende und sitzende Tätigkeiten der Patienten in etwa die Waage halten. Vom Hausarzt eingewiesen kamen die Patienten meist mit "Hämorrhoidalen" Beschwerden.

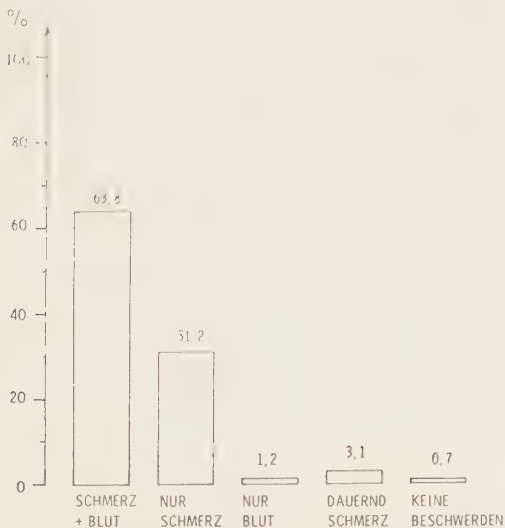
Schmerzen während und nach der Defäkation sowie hellrote Blutbeimengungen gaben an: 234 = 63,8 %

nur Schmerzen ohne Blut : 158 = 31,2 %

nur Blut : 6 = 1,2 %

andauernde Schmerzen : 16 = 3,1 %

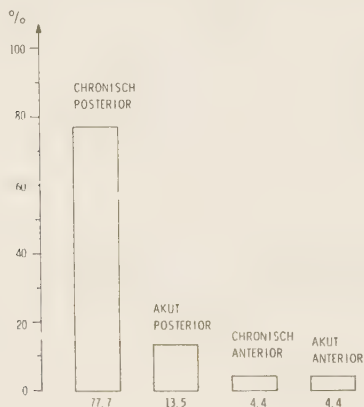
Bei 4 = 0,7 % der Patienten wurde ohne Beschwerden eine Fissur im Rahmen einer Krebsvorsorgeuntersuchung festgestellt.



Bei Betrachtung der Lage der Fissuren fällt auf, daß der weitaus größte Anteil auf die Posteriore Lage entfällt, nämlich 464, wovon  $395 = 77.7 \%$  chronischer,

und  $69 = 13,5 \%$  akuter Natur waren.

Bei den Anterioren Fissuren entfielen je  $22 = 4,4 \%$  auf die chronische und akute Form.



bei  $188 = 36 \%$  kamen zu der Fissur noch andere Leiden hinzu nämlich bei :  $26 = 5 \%$  Fissur + Hypertrophe Papille

$43 = 8,9 \%$  " + VPF ( Vorpostenfalte )

$12 = 2,3 \%$  " + Hyp. Papille + VPF

$19 = 3,8 \%$  " + " + " + Häm.

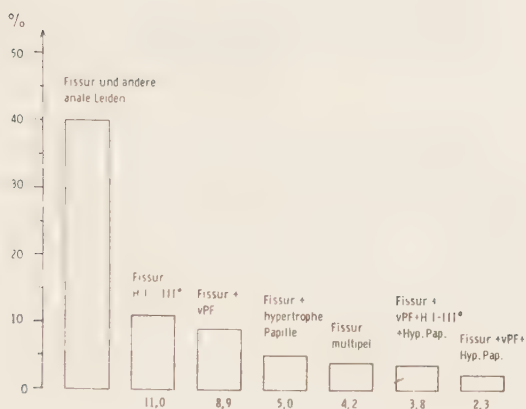
$10 = 1,9 \%$  " + Analfibrom

$12 = 2,3 \%$  " + Häm. I°

$39 = 7,7 \%$  " + Häm. II°

$6 = 1 \%$  " + Häm. III°

$21 = 4,2 \%$  multiple Fissuren



Alle 508 Eingriffe wurden ambulant durchgeführt, die Patienten konnten ca. 2 Stunden nach der Operation nach Hause entlassen werden. Zum Weichhalten des Stuhles wurden Laxantien, und zur Wundheilung und Reinigung mehrmals täglich Kamillenbäder verordnet. Die Heildauer bzw. Arbeitsunfähigkeit gestaltete sich im Verhältnis zur Schwere des Eingriffes relativ schnell.

Bei 208 = 41,1 % weniger als 20 Tage

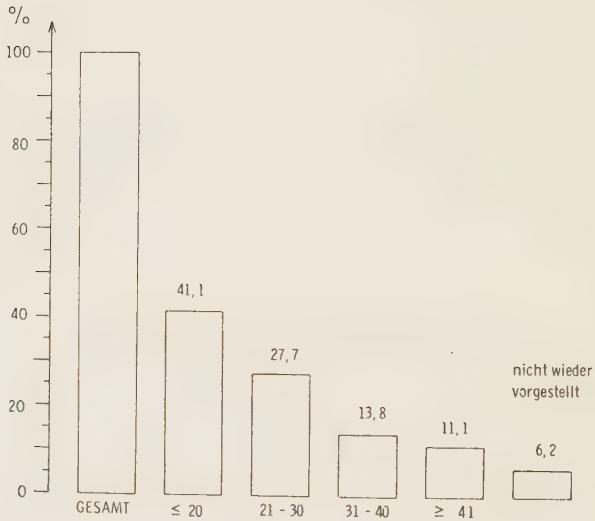
" 140 = 27,7 % zwischen 21 und 30 Tagen

" 70 = 13,8 % " 31 und 40 "

" 59 = 11,1 % mehr als 40 Tage

Der Wert für 31 = 6,2 % der Patienten war nicht zu ermitteln, da sie sich in unserer Sprechstunde nicht wieder vorstellten.

Heildauer über 40 Tage waren zum überwiegenden Teil nach der Posterioren Sphincterotomie zu beobachten.



Zusammenfassung

Es wird über die operative Behandlung von 508 Fissuren berichtet, die in unserer Proktologischen Ambulanz in der Zeit vom 1. Januar 1970 bis 31 Dezember 1975 durchgeführt wurden.

Die Therapie bestand zu 388 Fällen in der Lateralen Sphincterotomie, in 120 Fällen in der Posterioeren Sphincterotomie.

In 8 Fällen traten Rezidive auf, davon 4 als Folge eines M. Crohn.

Die operative Behandlung ist als Mittel der Wahl anzusehen, da sie eine niedrige Komplikationsrate und kurze Heildauer vereint.

Literatur

- 1.) Hager Th. : Proktologische Erkrankungen in der  
Sprechstunde des Allgemeinarztes.  
Medizin 4.2. (1976) 152 - 155  
Perimed - Verlag Erlangen
- 2.) Patrick Mazier W. :An Evaluation of the Surgical  
Treatment of Anal Fissures  
aus :Diseases Of The Colon & Rectum  
Vol. 15, Nr. 3 May/June 1972  
J. B. Lippincott Company
- 3.) Hawley P. R. : The Treatment of chronic Fissure  
In- Ano  
Brit. J. Surg. 1969, Vol.56,Nr.12  
December
- 4.) Nesserod J. : Clinical Proktology  
Saunders Company,Philadelphia-Lond.1964
- 5.) Turell H. : Disease of the Colon and Anorectum  
Saunders 1969
6. Goligher J. C. : An Evaluation of internal  
Sphincterotomy anus simple Sphincter-  
stretching in the Treatment of  
Fissure in Ano  
Clin. N. Americ. 45 1299 - 1304 (1965)

Lebenslauf

Name : Klaus - Jochen Böttcher

Geburtstag/ort : 2. 10. 1948 in Eckernförde

Vater : Hans - Joachim Böttcher Reg. Oberamtsrat

1909 - 1973

Mutter : Ilse Böttcher, geb. Walther

Schulbildung : Abitur 1969 im Marie - Theresien Gymnasium  
in Erlangen

Hochschulbildung : Studium der Medizin in

Kiel, Köln, Berlin (Februar 1974 Physikum)

Staatsexamen im August 1977

in Erlangen

CHAPTER I

THE HISTORY OF THE

REIGN OF THE

EMPEROR

OF THE

EMPIRE

OF THE

EMPEROR

OF THE

EMPEROR

OF THE

EMPEROR

OF THE

EMPEROR

OF THE

EMPEROR

OF THE

EMPEROR

OF THE

EMPEROR

OF THE

EMPEROR

OF THE

EMPEROR

OF THE

EMPEROR

OF THE

EMPEROR

OF THE



## **Offsetdruck-Fotodruck**

J. Hogl, 8520 Erlangen, Hauptstr. 109 (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990